Rok I. Sierpień 1924. Nr. 8

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

Miesięcznik, poświęcony sprawom psychjatrycznym, naukowym i praktycznym.
Organ Zakładów Psychjatrycznych Polski Zachodniej.
Dziekanka — Kocborów — Kochanówka — Kościan — Lubliniec — Owińska — Rybnik — Świecie.

Redaktor naczelny: Aleksander Piotrowski Zastępca redaktora: Oskar Bielawski

Adres Redakcji i Administracji: Gniezno-Dziekanka, Krajowy Zakład Psychjatryczny.

PRACE ORYGINALNE.

WZRUSZENIE I UCZUCIE

wygłosił

Doc. Dr. Med. R. Radziwiłłowicz.

Według odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego w dniu 5-go IV. 1924 r.

Psychologja w większym stopniu niż inne nauki jest jeszcze w okresie „stawania się". Jakkolwiek jej początki sięgają najwcześniejszego zarania myśli ludzkiej, jako nauka samodzielna zaczęła rozwijać się dopiero w drugiej połowie ubiegłego stulecia. Poprzedni jej okres rozwojowy odbywał się w łonie filozofji, ulegał naciskowi jej doktryn, był krępowany więzami teologji i nauk normatywnych i od wpływu tych ostatnich, szczególnie logiki, dotychczas nie może wnolnić się całkolicie. Przyczynia się to do powiększenia trudności, z któremi musi walczyć psychologia współczesna niezależnie od przeszkód, które ma do przezwyciężenia jako nauka młoda, bujna, rozporządzająca większym materjałem niż go może opracować, która nie ma poprostu możności opanowania osiągniętych zdobyczy, przelewających się przez brzegi porządkowania naukowego. Jest wskutek tego zrozumiałe, że muszą panować w niej sprzeczności i rozbieżności poglądów, przybierające czasami postać formalnego chaosu, szczególnie trudnego do opanowania dla tych, co zbliżają się dopiero do zagadnień psychologicznych, a nie chcą być docti unius libri i pragnęliby czerpać wiedzę z różnych źródeł. Jeżeli w innych działach psychologji panuje chaos dość znaczny, to w dziedzinie uczucia jest on tak wielki, że doprawdy można powiedzieć bez przesady, że tutaj panuje zasada „quot capita tot sensus".

W odczycie dzisiejszym chciałbym ten chaos zmniejszyć; — może go jeszcze powiększę, tego nie przesądzam — chcę omówić i ustalić różnice zachodzące pomiędzy pojęciami umieszczonemi w nagłówku odczytu, których utożsamianie, a przynajmniej niedostateczne rozróżnianie staje się może głównem źródłem nieporozumień w tej dziedzinie. Wspólne w obu jest to, że drugie, t. j. uczucie wchodzi w pierwsze t. j. wzruszenie, jako jedna z faz zjawiska — poza tem są to sprawy różne psychologicznie i biologicznie. — Wzruszenie, jakkolwiek jest sprawą złożoną, stanowi jednakże samo w sobie pewną całość wewnętrznie zwartą, w której możemy odróżniać 3 odrębne części, 3 okresy oddzielne. Tego charakteru nie posiada uczucie, jest ono zawsze tylko pewną jedną fazą przeżywanego momentu psychicznego. — Wzruszenie, t. j. taka sprawa jak strach, gniew, radość, smutek, tęsknota, itp. jest przeżyciem psychicznem, w którem uczucie, t. j. doświadczenie

przykrości lub przyjemności, wysuwa się wprawdzie na plan pierwszy, lecz samo nie wyczerpuje sprawy, w drodze rozbioru psychologicznego można zawsze stwierdzić, że uczuwanie poprzedza pewne doznawanie, które jest źródłem uczuwania, oraz, że uczuwanie powoduje pewne czynności, stanowiące wyraz zewnętrzny wzruszenia.

Źródła powodujące stan uczuciowy we wzruszeniu, mogą być dla podmiotu jawne lub ukryte t. j. świadome lub podświadome, rzeczywiste lub urojone, t. j. powstałe drogą postrzegania lub wytworzone w wyobraźni, lecz istnieją zawsze w tej czy innej postaci, w tym czy innym stopniu jasności doznawania. Podobnie wyraz wzruszeniowego stanu. Zawsze można stwierdzić jego istnienie i wykazać charakterystyczną jego cechę, odróżniającą wzruszenie od instynktu, że czynności obserwowane we wzruszeniu mają charakter czynności ustrojowych w tem znaczeniu, że nie są skierowane na zewnątrz, nie noszą charakteru odruchów obronnych, chroniących ustrój od czynników zewnętrznych, jak to się dzieje w instynkcie, lecz jakkolwiek również noszą charakter czynności obronnych, obrona ześrodkowuje się wewnątrz ustroju, jest skiero-wana do jego obronnych narządów wewnętrznych i uzewnętrznia się głównie w objawoch zachodzących w roślinnem życiu ustroju, zmianach w oddychaniu, krwiobiegu, wydzielaniu gruczołowem itp.

Biologicznzie wzruszenie jest przeżytkiem. Dosadne w wyrazie u zwierząt i dzieci, zanika coraz bardziej w miarę posuwającego się rozwoju, znika prawie zupełnie w wieku dojrzałym, opanowywane, jak mówimy, coraz bardziej przez zjawiska psychiczne wyższego porządku. Wiekopomna praca Darwina o wyrazie wzruszeń u człowieka i zwierząt, stwierdzająca ten biologicznie przeżytkowy charakter wzruszenia, nie straciła dotąd nic ze swej naukowej wartości.

Przeżytkiem jest wzruszenie również i psychopatologicznie. Uważamy je za objaw zwyrodnienia, za postać uwstecznienia, za nawrót do przebytych już rozwojowych okresów, za cechę inwolucji, na równi z innymi fizycznymi i psychicznymi objawami zwyrodnienia. — Odwrotnie uczucie — jest to sprawa ewolucyjna, a nie inwolucyjna, która rozwija się, a nie zanika, rośnie w natężeniu i wpływie na bieg życia osobniczego w miarę postępującego rozwoju duchowego. Podobnie psychopatologicznie. Osłabienie uczuciowego oddziaływania, przytępienie uczuciowe potęguje się w miarę postępu chorobowej sprawy psychicznej, obniżającej sprawność psychiczną i, kto wie, czy w tem stopniowem wygasaniu uczucia nie tkwi główne źródło postępującego zniedołężnienia duchowego, pojawiającego się w wyniku przewlekłych chorób psychicznych.

Uczucie jest sprawą czysto podmiotową, pozbawiona wszelkich cech przedmiotowych, właściwych wyłącznie tylko sprawom doznawania i usiłowania.

Uczucie jest sprawą wahającą się pomiędzy dwoma biegunami: dodatnim, — doświadczanej przyjemności i ujemnym, doświadczanej przykrości, zmienną w natężeniu, w stopniu doświadczanej przykrości lub przyjemności, przyczem zawsze wolimy większą przyjemność od mniejszej, a mniejszą przykrość od większej.

Nie występuje nigdy samo, wynika zawsze z jakiejś sprawy poznawczej, jako oddziaływanie podmiotu na nią, prowadzi zawsze do pewnych czynności, w których ujawnia się orjentacja ustroju na czynnik, który uczucie wywołał, przy czem ogólna cecha wywołanej czynności polega na dążeniu do utrzymywania źródeł przyjemności i usunięcia źródeł przykrości.

Biologicznie uczuwana przyjemność jest wykładnikiem sprawy dla rozwoju jednostki i gatunku pożytecznej, uczuwana przykrość wykładnikiem sprawy dla rozwoju szkodliwej.

Należy przy tem zaznaczyć, że pod tym względem pojęcia: rozwój jednostki i rozwój gatunku, nie pokrywają się wzajemnie.

Biologiczny wykładnik uczuciowego zjawiska stosuje się bardziej do rozwoju jednostki, niż rozwoju gatunku. Śmierć jest sprawą jednostkowo przykrą, chociaż gatunkowo jest pożyteczna, bo usuwa z drogi rozwoju gatunku jednostkę zużytą, stąd dla rozwoju szkodliwą. Poddawanie się narkotykom jest przyjemne, chociaż jest dla rozwoju gatunku szkodliwe, ponieważ chwilowo, w czasie działania narkotyku, podnosi sprawność psychiczną, przyspiesza bieg i rozszerza zakres potoku świadomości, wzmaga uczuciowe oddziaływanie, podnosi czynnościową sprawność. — Teleologicznie, jak zaznaczono powyżej, uczucie ma za zadanie stanowić dźwignię orjentacji ustroju, pobudzić ustrój do odpowiedzi czynnej, popchnąć go do działania.

Dopiero czyn dokonany zamyka moment psychiczny, którego pierwszą fazą było doznawanie, ostatnią odpowiedź czynna, a pośrednią doświadczone uczucie, które powstało pod wpływem doznawania i spowodowało czyn. Poucza o tem rozbiór psychologiczny momentu psychicznego, w każdym można stwierdzić czynny wynik oddziaływania uczuciowego na pewną sprawę doznawczą, przy czem energja czynu, stopień napięcia czynnej odpowiedzi jest wykładnikiem napięcia samej uczuciowej sprawy.

Te same przyczyny zewnętrzne mogą wywołać różne odpowiedzi w zależności od oddziaływania uczuciowego, które wywołują: „Ryk lwa, który rozpędza antylopy, zbiera do kupy szakale, zapadający zmierzch, który sadza kurę na grzędę, wypędza lisa na żerowisko". (Ward). To samo wyobrażenie wywoła różne odpowiedzi czynne, nawet u tej samej osoby, w zależności od jej chwilowego nastroju, od rodzaju oddziaływania uczuciowego, które w pewnej chwili pewne wyobrażenie wywołuje. Uczucie jest związane nie z wyobrażeniem lecz z podmiotem, jako pewną całością, nie jest stroną wyobrażenia, jego uczuciową powierzchnią, czy uczuciowym przydźwiękiem, lecz sprawą od wyobrażenia odrębną, której wyobrażenie jest źródłem, lecz która ani nie utożsamia się z niem, ani nie jest z niem żadną bezpośrednią więzią złączone.

Wyobrażenie jest przedmiotem w stosunku do podmiotu, uczucie jest zawsze podmiotem, jest sprawą ściśle i wyłącznie podmiotową, nie może być jak wyobrażenie, ani wysiłkiem uwagi utrzymane w ognisku świadomości, ani odtworzone. Jeżeli chcemy jakiś stan uczuciowy wywołać, musimy wywołać obraz, który uczuciowy stan powoduje. Bezpośrednio nad uczuciem nie panujemy, nie możemy go ani bezpośrednio utrzymać, ani dowolnie sprowadzić.

Uczucie, jako przeżycie psychiczne, jest i pozostaje zawsze tylko doświadczeniem przyjemności lub przykrości. Rozwojowi ulega nie uczucie samo, lecz źródło, z którego uczucie wypływa. Rozwój w tej dziedzinie polega na przemieszczaniu, jakiemu ulegają źródła uczucia w miarę posuwającego się rozwoju jednostki. Zcśrodkowane w początkowych okresach w czuciach ustrojowych, przesuwają się następczo i stopniowo na obszary doznawań zmysłowych, na czucia i postrzeżenia dalej na wspomnienia, wyobrażenia, wreszcie na myśli, aż do pojęć najbardziej uogólnionych i oderwanych. Jako doświadczenie przyjemności czy przykrości, uczucie pozostaje niezmienione, bez względu na źródło, z którego powstaje. Doświadczenie przyjemności pozostaje to samo, czy źródłem jego będzie nasycony głód, czy koncert skrzypcowy Mendelsohna, czy dialog Lorenza z Jesyką, czy Batory pod Pskowem, czy wnikanie rozumowe w pragmatyzm James'a. — Uczucie nie zmienia się, to my zmieniamy się i coraz to inne sprawy wywołują nasze uczuciowe oddziaływanie. Tempora mutantur et nos mutamur in illis.

Przyczyną, która powoduje przemieszczenie źródeł uczuciowych, jest rozwój ogólny ducha, a przedewszystkiem rozwój jaźni, rozwój tego jądra, około którego krystalizuje się mgławica psychiczna, rozwój psychiczny struny grzbietowej, stanowiącej ośrodek organizacji psychicznej. Bo pomimo wszystkie podnoszone sprzeciwy, życie psychiczne jest sprawą podlegającą systematycznemu i stałemu organizowaniu się. Duch oczywiście nie jest organizmem, lecz jest czemś niezmiernie organizmu bliskim, jest organizacją, która powstaje i kształtuje się stale na podobieństwo rośliny kiełkującej z nasienia lub na podobieństwo ustroju rozwijającego się z zarodka.

To ujęcie ducha jako organizacji biologicznej w niczem nie przesądza substancjalnego charakteru organizacji. Jest rozumową kategorią i niczem więcej: nie wymaga dla organizacji materjalnego podłoża, podobnie jak nie wymaga takiego podłoża wyobrażenie i system skojarzonych wyobrażeń, organizacyjnie ze sobą nie powiązanych. Różnicę ujęcia stanowi nadanie biologicznego, organizacyjnego charakteru związkom istniejącym pomiędzy doznawaniami, że jedne leżą bardziej ośrodkowo, ksobnie, inne bardziej obwodowo, odsiebnie. Inne treści nie są w tem biologicznem ujęciu jaźni zawarte. — Ograniczona początkowo do czuć ustrojowych, zamknięta następnie w granicach czuć powłok ciała, przekracza jaźń fizyczne granice ustroju, obejmuje zakresy dalsze, staje się jaźnią społeczną, wreszcie moralną, czyli „duchową". „Jaźnią", powiada James w swych Principles of Psychology, każdego z nas jest to, co jesteśmy w stanie nazwać „ja". Jasnem jest, że pomiędzy tem, co człowiek nazywa „ja", a tem, co poprostu nazywa „moje", trudno przepro-

wadzić linję graniczną. Czujemy i postępujemy w stosunku do pewnych przedmiotów „naszych" w sposób taki sam, w jaki czujemy lub postępujemy w stosunku do nas samych. Nasza sława, nasze dzieci, wyroby naszych rąk, mogą być nam tak drogie, jak nasze własne ciało, mogą wywołać te same uczucia i te same akty odwetu w razie napaści na nie. A nasze własne ciało, czy to jest rzecz nasza „czy jesteśmy nim my sami? Niewątpliwie bywają ludzie gotowi wyzbyć się własnego, rzeczywistego ciała i widzieć w niem tylko powłokę, a nawet więzienie z gliny, które pewnego dnia opuszczą z radością".

Jaźń jest faktem doświadczalnym. Rozróżniamy doskonale w doświadczeniu ja i nie ja, moje i nie moje. Istnienie jaźni cielesnej psychologicznych wątpliwości nie nastręcza, biologiczne jej znaczenie jest jasne, ze względu na wagę dla życia ustroju spraw, które obejmuje. Jaźń społeczna i moralna na pierwszy rzut oka mogą wątpliwości wywołać. Wątpliwości znikają, jeżeli uprzytomnimy sobie, że przy ujmowaniu spraw psychicznych stajemy na stanowisku doznającego podmiotu, staramy się widzieć je tak, jak przedstawiają się one od wnętrza, jakie widzi je ten, który zjawiska doświadcza. Jaźń społeczna obejmuje stosunek środowiska do jednostki, uznanie, jakiem ono je obdarza. Moje dobre imię jest moje, stanowi część mojej osoby, mojej jaźni, a cóż to jest innego jak nie myśli cudze o mnie, które stają się mojemi dlatego, ponieważ posiadają dla mnie wartość szczególną. **Avant l'homme est la société! Środowisko społeczne, jego oddziaływanie na** jednostkę stanowi istotny i zasadniczy czynnik, warunkujący jej rozwój. Bez tego oddziaływania rozwój życia osobniczego nie mógł by posuwać się naprzód. Od stosunku środowiska do jednostki zależy jej byt, jakość i wartość tego bytu; stąd znaczenie, jakie ta postać jaźni posiada. Jaźń moralna jest również faktem doświadczalnym, rysuje się wyraźnie w doświadczeniu wewnętrznem jako najgłębsza istota psychiki, jako czynnik dokonywujący wyboru w nastręczającym się materjalnie myślowym, „jako źródło wysiłku i uwagi, jako ośrodek, skąd wypływać zdają się nakazy woli i kierownictwo postępowaniem. Kiedy ta postać jaźni zostanie naruszona, człowiek staje się alienatus a se" (James). Biologiczne znaczenie jaźni moralnej, wydaje się wypływać z biologicznej roli świadomości w ogólności. Że świadomość nie jest epiphenomenon, nie jest tylko sygnałem ostrzegawczym, gwizdkiem na parowozie życia, jak jej rolę określał znakomity skądinąd biolog H u x l e y, lecz ma ważne zadanie rozwojowe do spełnienia, wynika chociażby z tego elementarnego faktu biologicznego, że rozwój narządu świadomości, mózgowie, postępuje pari passu z rozwojem gatunków, przy czem najmocniej rozwijają się te części mózgu, które służą czynnościom najwyższego porządku psychicznego. Gdyby świadomość była pozbawiona wpływu na bieg rozwoju, narząd jej, mózg, musiałby zaniknąć, jak zanika każdy narząd, który utracił biologiczną wartość. Ponieważ jest przeciwnie, ponieważ narząd świadomości nietylko nie zanika, lecz wykazuje stały i postępujący rozwój, stąd dla każdego biologicznie wyszkolonego umysłu wniosek jasny, że świadomość jest czynnikiem rozwojowym, że jej wpływ rozwojowy rośnie w miarę posuwania się po szczeblach hierarchji zwierzęcej, u człowieka osięga szczyt rozwojowy, przy czem zjawiska psychiczne najwyższego porządku, największą posiadają rozwojową wartość. Wynika stąd znaczenie biologiczne jaźni moralnej, jako czynnika rozwojowego.

Te różne postacie jaźni, stanowiące właściwie różne jej rozwojowe okresy, układają się, w miarę dojrzewania psychicznego w pewien hierarchiczny porządek z jaźnią cielesną u podstawy i jaźnią moralną u szczytu. Porządek powyższy nigdy nie bywa mocno i całkowicie ustalony. Poszczególne jaźnie nie zawsze podporządkowują się nakazom jaźni hierarchicznie wyższej, następują zderzenia, czasem burze, zawsze stałe smagania wewnętrzne, tworzące tętno naszego życia duchowego.

Te doznawania jaźniowe dlatego, że są jaźniowe, stają się źródłem najsilniejszego oddziaływania uczuciowego, rozstrzygającego o tem, w jakim kierunku pójdzie czynna odpowiedź ustroju, jak wypadnie jego orjentacja.

Będzie taka, jaka będzie jaźń, która z postaci wywoła najsilniejsze oddziaływanie uczuciowe i zdobędzie przewagę nad innemi, współzawodniczącemi z nią; w jej kierunku pójdzie czynna odpowiedź ustroju.

Tak przedstawiają się w zarysie najbardziej schematycznym, we wzajemnym do siebie stosunku psychologicznym i biologicznym, wzruszenie i uczucie.

Wybrałem dla swego odczytu formę dogmatyczną. Pominąłem całkowicie krytyczną stronę opracowania, odłożyłem na bok analizę, dokonałem tylko syntezy i to w najbardziej zwartym skrócie. Poszedłem tą drogą, bo nie chodziło mi ani o to, ażeby obalać poglądy przeciwne, ani o to, ażeby kogoś przekonywać czy nawracać. Chodziło mi o jedno — o wykazanie, że i tak, jak ja rzecz przedstawiam, można zagadnienie uczucia ujmować. Sprawa jest ważna, nietylko biologicznie i psychologicznie; posiada donosłość większą, prowadzi do wniosków, sięgających poglądu na świat, do najtajniejszych i najgłębszych zagadnień życia. Wysuwa czyn na czoło spraw, stanowiących jego cel, stwierdza, że dopiero w dokonanym czynie osięga jednostka całkowitą głębię uczuciowego wyrazu, całkowitą pełnię doświadczenia, że sama istnieje, że jest.

Niewątpliwie głęboka jest zasada: „Cogito ergo sum" myślę, więc jestem; lecz jeszcze głębsza „ago ergo sum" czynię, więc jestem.

Z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

O POTRZEBIE USTANOWIENIA URZĘDU PSYCHJATRYCZNEGO

podał

Aleksander Piotrowski.

I.

Psychjatrja zrobiła w ostatnim wieku ogromne postępy i osiągnęła wysoki stopień rozwoju; jej znaczenie praktyczne ze względów na interes społeczeństwa potęguje się coraz więcej.

Zachorzenia psychiczne pojawiają się często. Najnowsze statystyki wskazują, że 1 % ludności zapada na psychozy; w tych statystykach nie uwzględniono ozdrowieńców, którzy przebyli chorobę psychiczną, nie uwzględniono umysłowo niedorozwiniętych, psychicznie słabych, epileptyków. Prof. Maier stwierdził, że pomiędzy poborowymi znajduje się 2 % psychicznie upośledzonych.

Straty materjalne powodowane zachorzeniem psychicznem są dla chorego w równej mierze dotkliwe jak dla ogółu.

Paralityk, który z powodu choroby stracił stanowisko, zrujnował się i doprowadził rodzinę swoją do ubóstwa, jest zjawiskiem częstem, tak samo niejeden schizofrenik, który pół wieku żyje na koszt rodziny, rujnuje ją ostatecznie. Państwo w chorym traci dochód z podatku i nieraz musi utrzymywać chorego i jego rodzinę.

Istotną wartość człowieka, nietylko ze względów religijnych, ale także ze stanowiska przyrodnika, przedstawiają jego właściwości psychiczne. Silne mięśnie, twarde kości są drogocennym skarbem, atoli można rządzić światem bez rąk, bez nóg, nie można natomiast zawiadywać najskromniejszym majątkiem bez zdrowego mózgu. Już drobne zaburzenia w mechaniźmie psychicznym czynią z siłacza pożałowania godny przedmiot litości i pielęgnacji, albo przeistaczają pożytecznego obywatela w niebezpiecznego dla społeczeństwa wroga.

Psychoza burzy stosunek chorego do otoczenia, pozbawia go swobody i samodzielności, fałszuje lub niweczy społeczne stanowisko jego. Osoba dotknięta psychozą nie może rozporządzać swojemi sprawami, przestaje być podmiotem prawnym.

Gorzej przedstawia się sprawa, gdy choroby psychicznej nie dostrzeżono. Wtedy dla chorego, więcej jeszcze dla jego rodziny i dla ogółu wyłaniają się nieraz następstwa katastrofalne (samobójstwo, morderstwo, podpalenie, defraudacja, utrata majątku itp.).

W prawie karnem, którego przestarzałe normy nie odpowiadają nowoczesnym przekonaniom i potrzebom, usiłujemy przygotować nową broń do walki z chorymi burzycielami porządku społecznego. Odnośne zabiegi mogą być uwieńczone pomyślnym wynikiem tylko wtedy, gdy przestępców będziemy studjować przy pomocy metod psychjatrycznych i gdy z wyniku badań wyciągniemy odpowiednię konsekwencje.

W prawie cywilnem co raz więcej uwzględnia się czynnik psychiczny.

Przejawy życia duchowego w dziedzinie etyki, historji, pedagogji, literatury w licznych przypadkach mogą być zrozumiane tylko przy pomocy analizy psychjatrycznej.

Doniosłe znaczenie ze względów praktycznych mają zjawiska psychiczne przesuwające się na granicy między zdrowiem a zachorzeniem psychicznem. Nieskończenie liczne i różnorakie są kierunki zboczeń psychicznych. Rejestracja tychże, dokładne ich poznanie, zastosowanie środków zapobiegawczych przedstawiają zadania bardzo ważne, których choć tylko częściowe załatwienie przyczyniłoby się w wysokim stopniu do uzdrowienia naszych stosunków społecznych.

Psychozy powodują większe straty niż inne choroby, bo obejmują szerszy zakres życia społecznego. Atoli straty te można do pewnego stopnia powetować, można im zapobiedz.

Wspomniane powyżej szczegóły uwypuklają wyraźnie wybitne znaczenie społeczne spraw psychjatrycznych.

Dla celowego i systematycznego ich uporządkowania, dla ujęcia ich w jedną całość organiczną i zużytkowania tego porządku dla dobra społecznego koniecznie potrzebny jest **Urząd Centralny,** w którym by wszystkie sprawy dotyczące osób psychicznie chorych były ześrodkowane.

Każda osoba psychicznie chora potrzebuje opieki i nadzoru i ma prawo się tego domagać od Państwa. Opiekę i nadzor państwowy nad psychicznie chorymi powinien sprawować odrębny samodzielny Urząd psychjatryczny z prezesem na czele podporządkowanym bezpośrednio Ministrowi, w obecnych warunkach M. S. W. i posiadający egzekutywę w sprawach psychjatrycznych ze względu na ich doniosłe znaczenie społeczno-obywatelskie.

II.

Zadanie Urzędu psychjatrycznego byłoby następujące: [1])

1) **Kierownictwo Państwowymi Zakładami Psychjatrycznymi.**

Opieka nad psychicznie chorymi stanowi dział odrębny, który nie da się wtłoczyć w ramy szpitalnictwa ogólnego.

Współczesny zakład psychjatryczny jest instytucją bardzo złożoną, jest nietylko miejscem leczenia psychicznie chorych, jest także dla nich w niemniejszej może mierze również i zakładem wychowawczym, stacją sądowej ekspertyzy psychjatrycznej, środkiem zabezpieczenia społecznego przed antyspołecznymi popędami psychicznie chorych, ośrodkiem wykonywanej w promieniu działalności szpitali opieki rodzinnej, szkołą pielęgniarstwa psychjatrycznego, jeżeli ograniczyć się do wskazania cech najważniejszych, odróżniających szpitalnictwo psychjatryczne od szpitalnictwa ogólnego. Zarządzenie szpitalami tymi wymaga istnienia odrębnego ośrodka organizacyjnego, ażeby działalność ich była jednolita, a kierownictwo samym ośrodkiem spoczywać powinno w ręku psychjatry, rozporządzającego należytem przygotowaniem teoretycznem i praktycznem w zakresie szpitalnych potrzeb i warunków administracyjnych i gospodarczych, lecz przedewszystwiem psychjatrycznych, ażeby cel, któremu instytucja taka ma służyć, mógł być osiągnięty. Najlepszy administrator, jeżeli nie będzie sam doświadczonym w życiu szpitalnem psychjatrą, nie potrafi ani utrzymać poziomu szpitali na wymaganej przez wiedzę współczesną wyżynie, ani poziomu tego podnieść, a wszak to stanowi właściwe zadanie władz zwierzchnich i kierowniczych ośrodków. Doświadczenie, zdobyte przez powierzenie zarządu szpitalem psychjatrycznym psychjatrze, podporządkowanie jego władzy czynników administracyjnych, dodatnie wyniki tego doświadczenia, powinny zachęcić do podjęcia próby zastosowania tej zasady również na szczeblach hierarchicznie wyższych.

Przemawiają za tem, oprócz tych zasadniczych, także i względy oportunistyczne.

Opieka nad psychicznie chorymi stanowi splot powikłanych ze sobą czynników, przyczem obok czynników ściśle lekarskich wchodzą również w grę czynniki społeczne i prawnicze. Przyjmowanie chorych do zakładów psychjatrycznych ze względu na przymusowy charakter umieszczenia chorego w zakładzie wymaga spełniania pewnych formalności pra-

---

1) Zestawione według tez R. Radziwiłłowicza.

wnych. Przepisy, regulujące sprawę przyjmowania, są przeważnie przestarzałe, niezawsze dają się pogodzić z wymaganiami życia, trzeba nieraz od nich odstąpić, lecz jednocześnie trzeba wykonywać nadzór, czy i o ile odstępstwa były uzasadnione, nie dopuszczać zbyt lekkiego traktowania obowiązującego prawa. Dla oceny działalności organów podwładnych pod tym względem potrzebna jest ze strony władzy zwierzchniej nietylko znajomość samych przepisów, lecz także i kompetencja psychjatryczna, czy psychjatryczne powody odstępstwa były wystarczające. Wiemy, jak opinja publiczna łatwo daje wiarę plotkom i niedorzecznym pogłoskom, że w zakładach psychjatryczn. bywają przetrzymywani psychicznie zdrowi. Niedostateczny i niedostatecznie kompetentny nadzor nad zakładami pod względem przestrzegania przepisów o przyjmowaniu chorych dawałby niepotrzebny żer plotkom, czego trzeba uniknąć, szczególnie w stosunku do zakładów państwowych i krajowych.

Dalej przy współczesnym systemie niekrępowania chorych w zakładach psychjatrycznych zdarzać się mogą i zdarzają nieszczęśliwe wypadki, ucieczki chorych niebezpiecznych i t. p.

Władza zwierzchnia musi je oceniać, musi je badać, nie może ich lekceważyć, musi w każdym przypadku stwierdzić, ile w nim jest nieszczęśliwego wypadku, a ile niedozoru, niedbalstwa, karygodnej lekkomyślności ze strony personalu pomocniczego, lekarzy, a nawet dyrektora zakładu. Rzecz bynajmniej nie łatwa i wymaga dużego doświadczenia i obycia praktycznego, ażeby decyzja była trafna, nie pobłażała rzeczywistym wykroczeniom, lecz także nie krzywdziła bezzasadnie człowieka niewinnego.

Wszystkie przytoczone powody, wydaje się, przemawiają dostatecznie przekonywująco, że zwierzchnie kierownictwo zakładami psychjatrycznymi powinno znajdować się w psychjatrycznych rękach.

2) **Nadzór nad komunalnymi szpitalami** i szpitalnymi oddziałami psychjatrycznymi, nad przyjmowaniem psychicznie chorych do szpitali i oddziałów, nad wykonywaną tam nad nimi opieką, nad wypisywaniem ich stamtąd. Nadzór taki jest niezbędny, nie dla teko, ażeby działy się jakieś szczególniejsze nadużycia, lecz poprostu w celach porządkowych. Istniejący nadzór dotyczy spraw ogólnie administracyjnych, gospodarczych. Psychjatrycznego nadzoru niema. **Wobec niejednolitości,** a nieraz braku przepisów, regulujących opiekę, przestarzałego charakteru wielu z nich, bez wskazówek ze strony psychjatrycznych rządowych organów nadzorczych obejść się nie można. Nadzór rządowy być musi, chociażby z powodów przytoczonych powyżej, (nieuzasadnionych podejrzeń opinji publicznej, nieszczęśliwych wypadków, uciesczek niebezpiecznie chorych etc.), pomijając już względy bardziej istotne i bardziej zasadniczej natury. Najmniejszy drobiazg, jaki w tej dziedzinie stosunków zajść może, stać się może powodem bardzo poważnych powikłań, a zapobiec tym powikłaniom jest jego obowiązkiem. Nadanie Urzędowi Psychjatrycznemu prawa i obowiązku nadzoru nad komunalnymi szpitalami i szpitalnymi oddziałami psychjatrycznymi postawi odrazu rzecz całą na właściwym gruncie. Byłoby to zarządzenie tymczasowe, obowiązywałoby do czasu, kiedy Ustawa o opiece nad psychicznie chorymi, przeprowadzająca rozdział obowiązków niesienia pomocy psychatrycznej pomiędzy instytucje samorządowe i rządowe, regulująca całą sprawę opieki, zostanie w porządku prawodawczym przeprowadzona.

3) **Nadzór administracyjno-psychjatryczny nad prywatnymi zakładami psychjatrycznymi.**

Nadzór ten również obecnie nie istnieje. Doryweczo wykonywują go rządowe organy lekarskie w razie jakichś już ujawnionych wykroczeń. Niema organu, na którym ciążyłby obowiązek wykonywania systematycznego nadzoru i stawiania wymagań niezbędnych dla przeciwdziałania możliwym nadużyciom i niedbalstwu z prawem egzekutywy nad zakładami aż do zamykania ich, jeżeli żądania organów nadzorczych nie zostaną spełnione. Rzecz wymaga również bardzo szybkiej interwencji Rządu. Zakładów jest niewiele, trudności technicznych większych nie będzie, lecz są niektóre, które w ich obecnym stanie nie mogą być tolerowane i które muszą albo ulec zasadniczej reorganizacji, albo zostać zamknięte. Dla przeprowadzenia tych spraw potrzebny jest pewien autorytet i kompetencja. Lekarz powiatowy nie ma w dostatecznej mierze ani jednego, ani drugiego. Wydaje się, że włożenie tego obowiązku na Urząd Psychjatryczny byłoby najbardziej celowe i dałoby się bez trudności przeprowadzić.

W Niemczech ustanowiono dla celów regularnych rewizji psychjatrycznych zakładów osobnych inspektorów, t. zw. **psychjatrów krajowych** (Landespsychiater)-cf. Prof. E. Schultze: Das Irrenrecht, Leipzig, 1912, N. Deutsche.

Obecnie każdy zakład psychjatryczny **pod względem psychjatrycznym** jest instytucją autonomiczną, a kierownik jego jest sobie samemu autorytetem, może więc postępować w sprawach psychjatrycznych zupełnie samowolnie, bez żadnej kontroli, bo niema w Polsce autorytetu, niema Urzędu Psychjatrycznego, któryby miał prawo i kompetencje psychjatryczne, narzucić zakładowi jakikolwiek obowiązujący przepis. Ile zakładów, tyle autonomji psychjatrycznych; niema jednolitości. Taki stan rzeczy nie zachodzi w żadnej innej dziedzinie i dłużej tolerowany być nie może. Ośrodek normujący praktykę psychjatryczną jednolicie we wszystkich zakładach psychjatrycznych jest zatem koniecznie potrzebny, t.j. **Urząd psychjatryczny.**

Do jego dalszych obowiązków należałoby:

4) **Planowe zorganizowanie sprawy zużytkowania wolnych miejsc w zachodnich zakładach psychjatrycznych dla celów opieki nad psychicznie chorymi w całem Państwie.**

W b. zaborze pruskim, w Wielkopolsce, na Pomorzu i na Śląsku posiadamy osiem wielkich Krajowych Zakładów psychjatrycznych, które rozporządzają nadmiarem miejsc w stosunku do potrzeb miejscowej ludności; wolne miejsca w tych szpitalach mogą być zużytkowane dla potrzeb ludności innych dzielnic Państwa. Rzecz ta została podjęta i zasadniczo zorganizowana przez skasowany przed mniejwięcej 2 laty Wydział Psychjatryczny. Chodziłoby, ażeby sprawa w dalszym ciągu była przez czynniki psychjatryczne kierowana i była wykonywana z pewnym psychjatrycznym planem. To znaczy, że rozmieszczonoby chorych w pomorskich, wielkopolskich i śląskich zakładach psychjatrycznych według pewnych psychjatrycznych kategorji dobierania chorych dla oddzielnych zakładów z uwzględnieniem warunków odrębnych z każdego z tych zakładów. Jedną kategorję chorych umieszczonoby w jednym, inną kategorję chorych w drugim, np. chorych ostrych umieszczonoby w zakładzie, gdzie najlepiej są zorganizowane warunki lecznicze, chorych dla otoczenia niebezpiecznych tam, gdzie warunki zabezpieczenia są najlepsze, niedorozwinięte dzieci tam, gdzie są odpowiednie warunki szkolne i wychowawcze itd. Zróżnicowanie zakładów psychjatrycznych zgodnie z istniejącymi w nich warunkami i potrzebami psychjatrji, wytworzenie pewnej między nimi specjalizacji, właściwe segregowanie chorych do zakładów oddzielnych, może być dokonane w sposób celowy wtedy tylko, jeżeli kierownictwo temi sprawami będzie spoczywało w ręku rzeczoznawcy, t.j. psychjatry.

Państwo niemieckie w końcu wojny światowej posiadało na 65 miljonów mieszkańców ca 185 wielkich publicznych zakładów ogólno-psychjatrycznych i przeszło 600 mniejszych zakładów nerwowo-psychjatrycznych specjalnych różnego typu, przeważnie prywatnych. W zakładach tych znajdowało się przeszło 100 000 pacjentów psychicznie chorych. Anglja na 1000 mieszkańców dysponuje trzema łóżkami dla psychicznie chorych.

Państwo Polskie na 27 miljonów mieszkańców posiada tylko 11 zakładów psychjatrycznych publicznych, mianowicie 8 zakładów na zachodzie: (Wejherowo, Kocborów, Świecie na Pomorzu, Dziekanka, Owińska, Kościan w Wielkopolsce, Rybnik i Lubliniec na Śląsku) 1 zakład pod Warszawą (Tworki) i 2 zakłady w Małopolsce: (Kobierzyn pod Krakowem i Kulparków pod Lwowem). W rzeczywistości w Polsce powinno istnieć nie 11, ale najmniej 30 zakładów psychjatrycznych publicznych, każdy urządzony dla 1000 chorych.

Obecnie w polskich zakładach umieszczonych jest tylko 7000 osób psychicznie chorych, a 8000 chorych potrzebujących **koniecznie** opieki i leczenia w zakładach, nie ma żadnego pomieszczenia dla braku miejsca. Zakłady w Tworkach, Kobierzynie, Kulparkowie są do tego stopnia przepełnione, że chorzy leżą po dwóch w jednym łóżku albo na podłodze (Kulparków).

Równocześnie w zakładach zachodnich z powodu nadmiaru miejsc, przeszło 3000 łóżek jest wolnych; dla braku pacjentów likwiduje się jeden zakład po drugim.

Likwidacji uległ w dniu 1.1.23. zakład w Wejherowie, urządzony dla 800 chorych; obecnie znajduje się tam szkoła rolnicza i szkoła dla głuchoniemych.

Zamkniętym jest także zakład w Kościanie (800 łóżek), oddany na cele szkoły dla głuchoniemych.

W Dziekance (970 łóżek) zamierzano urządzić szkołę dla celników. Zakład w Rybniku (ca 1000 łóżek) oddano na cele wojskowe i dla kolejarzy.

Zakład psychjatryczny przedstawia ważny czynnik cywilizacyjny. Jeżeli nie możemy się zdobyć na postawienie i urządzenie nowych, mianowicie na wschodzie koniecznie potrzebnych zakładów psychjatrycznych, to powinniśmy przynajmniej utrzymać to, cośmy przyjęli po zaborcach i nie niszczyć wartości dla państwa ogromnie pożytecznych. Później trudno będzie odzyskać z powrotem to, co się przez nieoględność i niezaradność straciło. Jeżeli nie umiemy kroczyć na przodzie w rozwoju cywilizacji, to powinniśmy przynajmniej osięgnąć tyle, ażeby nie cofać się wstecz o setki lat. Przed 150 laty osoby psychicznie chore zakuwano w kajdany i osadzano w więzieniu. Dzisiaj w Polsce psychicznie chory musi najprzód przejść więzienie albo areszt policyjny, zanim się dostanie do lecznicy psychjatrycznej.

To są stosunki horendalne, niemożliwe, niegodne państwa jak Polska, która pretenduje do miana państwa cywilizowanego. Stosunki takie nie dadzą się niczem usprawiedliwić. Można je tylko wytłomaczyć tem, że niema jeszcze Urzędu psychjatrycznego, w którymby sprawy psychjatryczne były ześrodkowane i któryby się postarał o to, ażeby stosunki przynoszące ujmę naszej reputacji zmieniły się na lepsze.

5) **Sporządzenie planu potrzebnych inwestycji psychjatrycznych w Państwie.** Chodzi o szczegółowe opracowanie projektów budowy nowych szpitali, lecznic, kolonji, przychodni i t. p. na podstawie statystycznie stwierdzonych potrzeb kraju, o ocenę wartości istniejących instytucji i możności przystosowania ich do wymagań współczesnych, przyczem cały plan powinien być opracowany bardzo szczegółowo i dokładnie, obejmować całokształt zagadnień w tej dziedzinie, powinien być jednakże wskazany porządek, w jakim inwestycje mają być dokonywane, przedstawiona kolejność wykonania oddzielnych faz projektu w zależności od warunków ekonomicznych, zdolności płatniczych ludności całego gospodarczego stanu kraju. Plan taki nie może być wyrazem oderwanych aspiracji psychjatrycznych, lecz powinien posiadać charakter najzupełniej rzeczywisty, powinien stać się sprawdzianem i miarą oceny przy wydawaniu pozwoleń na nowe budynki, zatwierdzaniu projektów przebudowy i przeróbek, a nawet poważnego remontu budynków istniejących; każda praca podejmowana w tej dziedzinie musi być uzgodniona z opracowanym planem ogólnym, nie powinna paraliżować jego wykonywania i wpadać z nim w sprzeczność. Stąd znaczenie aktualne takiego planu, niezbędność jego szybkiego opracowania, konieczność bardzo dokładnego jego przemyślenia, bo od jego wartości zależeć będzie prawidłowość biegu najbliższych nawet poczynań psychjatrycznych w kraju.

6) **Opracowanie ze stanowiska psychjatrycznego zasad prawodawstwa, normującego sprawę opieki nad psychicznie chorymi w Państwie we wszystkich jej przejawach i rozgałęzieniach.**

Obowiązujące obecnie przepisy prawa są różne dla wszystkich trzech dzielnic byłych zaborów. Należy je uzgodnić, a że wszędzie są one przestarzałe, należy je przerobić, przystosować do wskazań nauki współczesnej, do demokratycznych wymagań życia społecznego, do potrzeb odrodzonego Państwa. Wszystkie dążenia powinny być scalone w jedno, powinny być stworzone zupełnie nowe przepisy praktyczno-psychjatryczne.

Przygotowanie odpowiedniego materjału powinno stanowić naczelne i najbliższe zadanie **Urzędu Psychjatrycznego.**

Zatem pójdzie przygotowanie przepisów porządkowych, regulaminów, instrukcji, rozwinięcie przyjętych zasad i ustalonych wytycznych.

7) **Zarządzanie funduszem państwowym,** przeznaczonym na potrzeby opieki nad psychicznie chorymi w kraju. **Sprawę tę należy rozumieć i traktować szeroko. Chodziłoby nietylko o wydatki bezpośrednie Państwa na cele psychjatryczne we własnych instytucjach państwowych, lecz także o zarządzanie tymi środkami pieniężnymi, którymi Państwo wspomaga i będzie wspomagało działalność komun, gmin, organizacji społecznych, a nawet osób prywatnych w tej dziedzinie.**

Zarządzanie funduszami tej kategorji da Urzędowi Psychjatrycznemu pośrednio możność skutecznego kierownictwa całą inicjatywą psychjatryczną w kraju. Dając poparcie finansowe jednym, odmawiając go drugim, zwiększając lub zmniejszając subsydja w za-

leżności od wydajności osiąganych dzięki subwencji wysiłków, od stosowania się lub niestosowania do otrzymanych wskazówek, da w ręce Urzędu egzekutywę najpewniejszą w pokierowaniu działalnością tych wszystkich instytucji i osób, które pragną w tej czy innej formie, w tym czy innym zakresie współdziałać z Państwem, w opiece nad psychicznie chorymi obywatelami kraju. Państwo samo nie będzie w stanie sprostać ciążącym na nim zadaniom. Najszersza inicjatywa społeczna jest tutaj bardzo pożądana; trzeba ją wywoływać, pobudzać, wspierać, wspomagać, lecz jednocześnie kierować nią, prowadzić ją, nie pozwalać jej słabnąć, zbaczać na manowce i wchodzić na bezdroża.

Towarzystwo opieki nad psychicznie chorymi, Towarzystwa wzajemnego ubezpieczenia na wypadek choroby psychicznej, Towarzystwa opieki nad ozdrowieńcami, wychodzącymi ze szpitali, Towarzystwa opieki domowej, niosące pomoc moralną i materjalną, rodzinom, w których są psychicznie chorzy, którzy szpitala nie potrzebują, mogą się leczyć w rodzinie własnej, lecz rodzina ta bez poparcia i pomocy Towarzystwa sama zadaniom tym sprostać nie może, Towarzystwo opiekujące się dziećmi i niedorozwiniętymi, zakładając dla nich szkoły i przytułki, Towarzystwa trzeźwości itd., oto przykłady tych wszystkich instytucji, które poparte umiejętnie przez Państwo mogą skutecznie współdziałać z niem w wykonywaniu opieki nad psychicznie chorymi i odciążyć je w jego zadaniach bezpośrednich.

8) **Zorganizowanie pielęgniarskiego szkolnictwa psychjatrycznego,** opracowanie planów wykładów, nadzorowanie nauczania i wydawania dyplomów, budzenie i wspieranie inicjatywy prywatnej i społecznej na tym polu, a przedewszystkiem stworzenie w Warszawie przynajmniej jednej własnej państwowej szkoły pielęgniarstwa psychjatrycznego z internatem dla uczenic, szkoły, połączonej ze szpitalem psychjatrycznym, w którym uczennice mogłyby odbywać praktykę i nabierać doświadczenia pod kierunkiem wykwalifikowanych dozorczyń, jest rzeczą niezbędną i pilną. Musimy stworzyć wzór i żądać stosowania się do tego wzoru od tych, co szkoły takie prowadzą i będą zakładali. Powinniśmy dość szybko powołać do życia szkoły podobne w ośrodkach innych, musimy jak najprędzej wykwalifikować poważny zastęp pielęgniarek i dozorczyń psychjatrycznych, bo bez tego wszystkie nasze usiłowania na tym polu będą płonne.

9) **Zorganizowanie spisu statystycznego** psychicznie chorych w Państwie ze szczegółowem uwzględnieniem rodzaju choroby i pomocy, jakiej chory potrzebuje (szpital, przytułek, przechodnia, zakład wychowawczy, opieka rodzinna, opieka domowa). Rzecz jest również pilna, bo dopiero na podstawie takiej statystyki może być opracowany plan działalności państwowej w zakresie opieki psychjatrycznej, opartej na gruncie rzeczywistych potrzeb w tej dziedzinie. Spis powinien być dokonany przez lekarzy, którzy jednocześnie rozdzieliliby materjał według pewnych kategorji w zależności od rodzaju pomocy, jakiej choroba potrzebuje. Lekarze powiatowi, przy odpowiedniem pokierowaniu ich pracą, bez nadmiernego ich obciążenia zbędnemi szczegółami, przy pomocy starannie opracowanych kwestjonarjuszy będą mogli w granicach swego powiatu bardzo szybko zebrać potrzebne dane i odnieść je do odpowiednich rubryk. Trzeba zaraz zabrać się do podjęcia prac przygotowawczych, a zjazd lekarzy oświatowych czy to na kursy uzupełniające, czy na ministerjalną konferencję, powinien być wyzyskany w tym celu.

10) **Podjęcie wydawnictw bezpośrednio** związanych ze sprawą opieki nad psychicznie chorymi. Obok subwencjonowania wydawnictw istniejących, uznanych za pożyteczne, dla rozbudzenia inicjatywy na tem polu, należy podejmować wydawnictwa własne, przy bezpośrednim udziale Urzędu Psychjatrycznego i pod jego kierownictwem. Trzeba będzie opracować i wydać niektóre książki niezbędne, których nikt nie wyda, a bez których nie może być prawidłowej organizacji opieki psychjatrycznej. Jako pierwszą taką książkę wskazać należy „Podręcznik Pielęgniarstwa Psychjatrycznego", której opracowanie i wydanie powinno i może być podjęte w najbliższym czasie. Trzeba bez dalszej zwłoki pod zwierzchnim kierunkiem Urzędu Psychjatrycznego wytworzyć Komitet redakcyjny „Podręcznika", zaprosić do udziału w nim szereg lekarzy, rozdać między nich pracę, nadzorować jej wykonanie, kierować nią, a w ciągu kilku miesięcy podręcznik może być gotów i będzie, pomimo zbiorowego opracowania jednolity i wewnętrznie zwarty, jeżeli redakcja będzie postępowała energicznie i sprężyście. Drogą, utorowaną przez podręcznik, poszłyby i inne wydawnictwa.

11) **Podjęcie nadzoru nad szkołami** i zakładami wychowawczymi dla dzieci niedorozwiniętych. Trzeba objąć działalnością Urzędu i tę dziedzinę, należącą raczej do niego, niż do Ministerjum Oświecenia. Należy ten dział przejąć, a przejąwszy, zająć się przedewszystkiem stworzeniem własnej państwowej szkoły — internatu dla dzieci tego rodzaju, która posłużyłaby jako wzór dla szkół innych tego typu. Bez takiej szkoły sprawa nie stanie na mocnym gruncie, a jej istnienie może podniecić i pobudzić inicjatywę społeczną i prywatną, wytworzyć ruch w tym kierunku, a o to przecież chodzi. Szkoły takie istnieją w Kraj. Zakładach Owińska pod Poznaniem, w Świeciu na Pomorzu, W b. zaborze rosyjskim ca. 250 dzieci niedorozwiniętych czeka na wychowanie w specjalnych szkołach, w które inne Państwa obfitują[1]). Szkoły dla dzieci niedorozwiniętych dają świetne wyniki wychowawcze i znajdują się zwykle przy zakładach psychjatrycznych, gdzie nauczyciele odpowiednio wykwalifikowani pod kierunkiem i nadzorem lekarzy psychjatrów wychowują dzieci na pożytecznych obywateli państwa.

12) **Utworzenie muzeum psychjatrycznego,** dokonanie zbioru modeli, planów, fotografji, okazów itd., które dawałyby obraz stanu opieki psychjatrycznej i jej rozwoju u nas. Muzeum takie będzie oczywiście rozwijało się stopniowo, lecz trzeba je założyć odrazu, ażeby nie ominąć jakiej okazji, która może nie powtórzyć się.

13) **Opracowanie planu i stworzenie** zaczątków państwowego instytutu dla badań i zwalczania chorób psychicznych.

Pojęcie „instytutu" sprowadzałoby się szczególnie w początkowych okresach jego istnienia do zebrań dyskusyjnych w gronie osób, interesujących się temi zagadnieniami, narad nad tą sprawą, łącznego opracowywania tematów oddzielnych, zbieranie materjałów potrzebnych, urządzenie ankiet w tej dziedzi-nie itp.; nie wymagałoby to ani urządzeń szczególnych, ani nie pociągałoby za sobą wydatków poważniejszych. Wymagałoby tylko inicjatywy i kierunku ze strony Urzędu Pszychjatrycznego, i to może i powinien zrobić Urząd Psychjatryczny.

14) Jeżeli dodamy do wyszczególnionych powyżej punktów życzenie, ażeby **Urząd Psychjatryczny** został uznany za urzędowego rzeczoznawcę psychjatrycznego nietylko w łonie samego Ministerjum, lecz sądownictwa, jeżeli dalej wyrazimy przekonanie, że powinien być na niego włożony obowiązek zastępstwa i obrony z urzędu wszystkich pracowników na polu psychjatrycznem przed niesłusznemi na nich napaściami ze strony innych urzędów i na forum opinji publicznej, a jednocześnie, ażeby był instancją, rozstrzygającą o oddaniu winnych wykroczeń i nadużyć pod sąd dyscyplinarny względnie o przekazaniu sprawy władzy sądowej, to zeszeregowaliśmy tylko najważniejsze zadanie, jakie chwila obecna stawia przed Urzędem Psychjatrycznym, bynajmniej nie wyczerpując programu. W zachodniej Europie sprawy psychjatryczne są już od dawna uporządkowane (Francja od roku 1838 posiada osobne prawodawstwa psychjatryczne), w Polsce ich uregulowanie nie jest nawet zapoczątkowane. W żadnym przedmiocie Polska nie pozostaje tak daleko w tyle za innemi państwami jak właśnie w przedmiocie powyżej poruszonym.

Państwa, które nas pod tym względem wyprzedziły, możemy dogonić tylko wtedy, gdy niezwłocznie ustanowimy odrębny, samodzielny U r z ą d P s y c h j a t r y c z n y z prezesem na czele, który się natychmiast zajmie uporządkowaniem wszystkich spraw poprzednio wskazanych.

Z Kliniki Psychjatrycznej Uniw. Warszawskiego. Dyrektor Prof Dr. Mazurkiewicz.

CHEMIZM KRWI U PSYCHICZNIE CHORYCH.

podał

Dr. Med. St. Zamecki.

Przemiana materji w przebiegu chorób psychicznych jest tematem, który nie przestaje interesować psychjatrów. Z zagadnieniem tem łączy się ściśle kwestja gruczołów dokrewnych i układu roślinnego. Badania nad przemianą materji w chorobach psychicznych

---

[1]) Państwo niemieckie przed wojną posiadało przeszło 50 zakładów wychowawczych publicznych dla dzieci niedorozwiniętych z odpowiedniemi klasami szkolnemi i cały szereg zakładów prywatnych.

ustaliły już niektóre rzeczy, nie dają jednak nic pewnego, nie mają jeszcze żadnej wartości różniczkowej. W pierwszej linji zaczęto oznaczać zawartość cukru we krwi u psychicznie chorych Heidemann stwierdził w schizophrenji hyperglykemję Raphael i Parsons stwierdzili, że w schizophrenji krzywa tolerancji cukru zmieniała się w zależności od okresów klinicznych Wspomniani autorowie opisują przypadek katatonji u 14-letniego chłopca, gdzie istniała ścisła zależność między stanem klinicznym a przemianą materji, stanem gruczołów dokrewnych i stanem układu roślinnego Chory ten wykazywał podczas stuporu objawy vagotoniczne — zwolnioną akcję serca, nizkie ciśnienie krwi, sinicę kończyn, nizką temperaturę ciała grubą i szorstką skórę, obfite ślinienie, wybitną przytem reakcję na pilokarpinę i atropinę; chory ten wykazywał również wyraźne upośledzenie przemiany materji. Po ustąpieniu stuporu objawy vagotoniczne ustąpiły; chory oddziaływał bardzo silnie na adrenalinę, przemiana materji wróciła do normy. Parsons dopatruje się związku między tem zjawiskiem a hyperfunkcją nadnercza w okresie wolnym; w stuporze natomiast — z zaburzeniami tarczycy i przysadki. Autor podkreśla przytem ten ścisły, i według niego, stały związek między stanem gruczołów dokrewnych a układem roślinnym. W stanie stuporu stwierdzono u wyżej wymienionego chorego większą tolerancję cukru, w polepszeniu — spadek tolerancji i hypoglykemję. Wuht stwierdził wzmożoną zawartość cukru we krwi u 15 na 40 badanych przypadków schizophrenji.

Przeciętna zawartość cukru we krwi w tych przypadkach wynosiła 1,07 pro $^0/_{00}$. Autor sądzi, że mamy tutaj do czynienia z zaburzeniami w obrębie gruczołów dokrewnych i układu roślinnego. Wigert po podaniu 100 gr. cukru stwierdził procentowo mniejszą ilość cukrówki w katatonji niż w hebephrenji. W schizophrenji stwierdzał naogół hyperglykemję, co wskazywałoby na hygerfunkcję tarczycy. Co się tyczy innych składników, które w cierpieniach psychicznych były badane, to n. p. Tanfani Gustavo stwierdził w schizofrenji hyperalbuminozę, co uważa za zaburzenie w przemianie materji, spacjalnie zaś zwolnienie procesów oksydacyjnych. Walter James w 57% schizophrenji stwierdził zmniejszoną zawartość kwasu moczowego w moczu, zmniejszenie ilości azotu niebiałkowego we krwi i moczu. Zjawisko to również tłomaczy sobie jakimś upośledzeniem w przemianie materji, nie uważa jednak tego za zakwaszenie. Bornstein zauważył w schizophrenji spadek przemiany energetycznej, Pighini zaburzenia w przemianie azotowej w przeciwieństwie do psychozy manjakalnodepresyjnej, gdzie stwierdzał stosunki normalne. Ten sam autor znajdował w dużej ilości cholesterynę we krwi schizophreników w stanach podniecenia. Pförtner wreszcie stwierdził w schizophrenji niejednokrotnie indykanurję. Poetzi na podstawie badań zachowania się układu roślinnego dochodzi do wniosku, że w schizophrenji mamy do czynienia z hypofunkcją tarczycy.

Przejdźmy do psychozy manjakalno-depresyjnej. Wigert, badając cukier w psychozie manjakalno-depresyjnej, w 12 na 15 badanych przypadków stwierdził zawartość cukru normalne, w 3 — podwyższone i w 1 — bardzo znaczne podwyższenie, gdzie równocześnie stwierdzono cukrówkę Po podaniu 100 gr. cukru tylko w 2 przypadkach wystąpiła cukrówka pokarmowa, w pozostałych przypadkach zawartość cukru we krwi wahała się od 1,2 pro $^0/_{00}$ do 2,75 pro $^0/_{00}$. Zastrzykiwania adrenaliny i podawanie przetworów tarczycy w badaniach Wigerta nie wywierało żadnego wpływu. Wuht określa przeciętną zawartość cukru we krwi melancholików na 1,15 pro $^0/_{00}$ uważa przytem, że w melancholji mamy do czynienia z zaburzeniami w obrębie gruczołów dokrewnych i układu roślinnego. Bowmann badał 70 przypadku psychozy manjakalno depresyjnej. W stanie depresji wykonał 75 badań na zawartość cukru we krwi 15 przypadków wykazało wzmożoną zawartość, z tego 4 — poniżej 1,3 pro $^0/_{00}$, 7 — powyżej 1,4 pro $^0/_{00}$ i 4 — między 1,55 do 1,86 pro $^0/_{00}$; zależności w zawartości cukru do stanów psychicznych nie zauważył. W 30 przypadkach stanów manjakalnych zawartość cukru wahała się od 0,74 pro $^0/_{00}$ do 3,51 pro $^0/_{00}$, przeciętnie 1,18 pro $^0/_{00}$ Tylko 4 przypadki w stanie manjakalnym wykazały zawartość cukru poniżej normy, 4 inne przypadki natomiast wykazały stosunki normalne. Raphael i Parsons badali krzywą tolerancji cukru w psychozie manjakalno-depresyjnej i zauważyli, że chorzy dotknięci psychozą m.-d zdradzili skłonność do początkowej hyperglykemji. Heidemann stwierdził u melancholików mniejszą zawartość cukru niż u schizophreników, natomiast stany manjakalne z reguły wykazywały cyfry wyższe. Mitta stwierdził częściej hyperglykemję u chorych z lękiem, która jednak według jego doświadczeń nie była zależna od cierpienia podstawowego. Według Wigerta

rzadziej stwierdza się w psychozach przebiegających z depresją hyperglykemję spontaniczną, natomiast częściej pokarmową. Rehm w psychozie manjakalno-depresyjnej stwierdził regularną krzywą wagi ciała: przy podnieceniach spadek, zaś przy zahamowaniach przybytek na wadze. Zjawisko to tłomaczy sobie ścisłym związkiem z przemianą materji i sekrecji wewnętrznej. Graffe i Traumann zajmowali się wpływem depresji psychicznej na przemianę materji za pomocą hypnotycznie wywołanej depresji. Sen hypnotyczny powodował spadek przemiany materji z 5,2 % na 9,9 %. Gibbs i Lemcke badali przemianę oddechową w 15 przypadkach psychozy manjakalno-depresyjnej i w 11 przypadkach schizophrenji: odchylenia od normy były większe w schizophrenji niż w psychozie manjakalno-depresyjnej. W 2-ch przypadkach melancholji podawanie tarczycy doprowadziło przemianę oddechową do normy. Wuht badał azot resztkowy w psychozach. W melancholji stwierdził stosunki normalne. Bowmann w psychozie manjakalno depresyjnej określa zawartość azotu niebiałkowego we krwi od 21 mg. do 51 mg w 100 cm³. (przeciętna norma 31 mg). Tylko w 3-ch przypadkach badanych przez Bowmanna zawartośc azotu resztkowego przekroczyła znacznie 30 mg. 30 przypadków psychozy manjakalno-depresyjnej w stanie manjakalnym wykazywało ilości azotu niebiałkowego od 17,6 mg. do 39,9 mg w 100 cm³. średnio 28 3 mg w 100 cm³. Tylko w 3 przypadkach ilość azotu niebiałkowego znacznie przekroczyła normę. W 4-ch innych przypadkach o przebiegu okresowym Bowmann stwierdził normalną zawartość azotu niebiałkowego we krwi ; również w badaniach jego 8 przypadków melancholji inwolucyjnej żadnych pod tym względem zmian nie wykazywało. Frygerjo, badając azot resztkowy, stwierdził w czystych stanach manjakalnych i depresyjnych zawartości nizkie lub średnie, natomiast objawy splątaniowe zawartości te z reguły znacznie podwyższały. Cuneo doszedł do wniosku, że w psychozie manjakalno-depresyjnej fazy manjakalne wykazują zatrzymanie azotu, natomiast w okresach depresyjnych azot nie pojawia się w większych ilościach: ma on tworzyć według autora we krwi jakieś nienormalne substancje białkowe, które hamują podniecenie przez zadrażnienie układu nerwowego Bowmann i Wuht w melancholji stwierdzali normalne zawartości kwasu moczowego we krwi; w 3 na 30 przypadków manji stwierdzono ilość kwasu moczowego podwyższoną. Często natomiast wspomniani autorowie znajdowali wzmożoną ilość kreatyniny we krwi melancholików.

Bechterew, Tauber i Allers często wykrywali duże ilości indykanu w moczu w psychozie manjakalno-depresyjnej. Pighini zaburzeń w przemianie materji nie stwierdził, natomiast w badaniach jego często występowały duże ilości cholesteryny we krwi w psychozie manjakalno depresyjnej. Stertr uważa psychozę manjakalno-depresyjną za zaburzenia tarczycy, Mayer — tarczycy i jajników. Poetzl mówi o hyperfunkcji tarczycy w psychozie manjakalno-depresyjnej.

W epilepsji Wuht stwierdził podwyższoną zawartość cukru we krwi w 3 na 10 badanych przypadków. Przeciętna zawartość cukru w epilepsji w/g. Wuhta wynosi 1,05 pro o/oo. Humes Charles badał zawartość cukru w płynie mózgordzeniowym w epilepsji i stwierdził podczas ataku albo zupełny brak cukru w płynie albo bardzo nieznaczne jego ilości. Wolmar i Herman stwierdzili hypoglykemję podczas ataku. Bisgaart i Norwig stwierdzili nienormalną przemianę amonjakalną: na 3 godziny przed atakiem znajdywali większe ilości amonjaku i małe ilości cukru. Tusch Walter badał 3 przypadki padaczki okresowej, przyczem stwierdził: w 1 przypadku podczas ataku wzmożoną ilość cukru i azotu niebiałkowego we krwi; w 2-gim przypadku — normalną ilość azotu niebiałkowego; w 3-cim przypadku normalną ilość cukru i azotu niebiałkowego we krwi. Wigert stwierdził w jednym przypadku padaczki wzmożoną ilość cukru we krwi. Cuneo sądzi, że w padaczce przemiana azotowa odbywa się normalnie, to też nie można uważać tego cierpienia za jakąś intoksykację amonjakalną, natomiast podczas ataku można stwierdzić we krwi padaczkowych jakieś ciała białkowe, których w przerwach lub po atakach brak.

W jednym przypadku paraliżu postępującego stwierdził Wigert bardzo wysoką zawartość cukru we krwi, naogół stwierdzał autor w tem cierpieniu dość duże ilości cukru, podobnie zresztą jak w alkoliźmie przewlekłym. Bowmann w alkoliźmie przewlekłym niejednokrotnie znajdował niewielkie ilości azotu niebiałkowego we krwi.

Przejdźmy do rozpatrzenia zachowania się chemicznego płynów mózgordzeniowych. Wilcox i Lyttle badali zawartość cukru we krwi i równocześnie w płynie mózgo

rdzeniowym w różnych cierpieniach nerwowych. Stwierdzono przytem daleko idące zaburzenia. Naprzykład w meningitis T. B. C. znajdowali zazwyczaj niewielkie ilości cukru w płynie, przy dużej jego zawartości we krwi. Zupełnie inaczej zachowywał się płyn w enceph. letharg, gdzie stwierdzono wzmożoną ilość cukru w płynie mózgordzeniowym przy normalnej zawartości we krwi. Kahler u 208 chorych stwierdził wzmożoną zawartość cukru w płynie mózgordzeniowym, w niektórych przypadkach było to w związku z wzmożoną zawartością cukru we krwi, większość jednak przypadków wykazywała we krwi zawartości cukru normalne. Wogóle autor dochodzi do wniosku, że nie można uchwycić żadnej zależności między zawartością cukru we krwi i płynie mózgordzeniowym, że mogą być czynniki wpływające jedynie na podwyższenie zawartości cukru we krwi bez wpływu na jego zawartość w płynie i odwrotnie. Rusznyak określa ilość cukru w płynie mózgordzeniowym na 0.5 ‰, uważa jednak, że u djabetyków ilość ta może być parokrotnie wyższą. Steiner i Wittgenstein znajdowali w zapaleniach opon mózgordzeniowych mniejsze ilości cukru w płynie, natomiast znacznie większe w ostrych polyomyelitach, tetanus, tumorach i lues systemu nerwowego. W tym ostatnim cierpieniu rozróżniają trzy grupy: o zawartości cukru w płynie mózgordzeniowym normalnej, zmiejszonej i znacznie podwyższonej. Barbé i Rossi podają cyfry następujące: lues systemu nerwowego — cukru w płynie 0.35 do 1.2 ‰; epilepsia gen. od 0.42 do 0,58 ‰: epilepsia Jackson'a — od 0.42 do 1 pro ‰; melancholja — 0,42 ‰, idiotismus — 0,42 pro ‰; paraliż postępujący — ilości normalne; mening. tbc. — ilości zmniejszone; mening. — ostra — ilości zmniejszone; schizophrenia — ilości zwiększone.

Co do kwasu moczowego, to Bergé i Parnet uważają za ilości normalne w płynie mózgordzyniowym 1 do 4.5 mg. w 100 cm³. Duże ilości kwasu moczowego stwierdzono w uremiach. Również w padaczce stwierdzono znaczne ilości kwasu moczowego w płynie, który jednak nie ulegał zwiększeniu podczas ataku. W paraliżu postępującym Thabius i Barbé jako przeciętną ilość podają cyfry 0.269 mg. w 100 cm³.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance dnia 28. marca 1924 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski.

Sekretarz: p. Salkowski.

P. de Beaurain przedstawia pacjentkę O., u której chodzi o rozpoznanie różniczkowe: schizofrenja czy psychoza manjakalno-depresyjna.

Pacjentka znajduje się obecnie w stanie podniecenia, mówi bezustannie do siebie niezrozumiałe rzeczy, nie odpowiada na pytania, grymasuje, ściąga usta w trąbę. Zespół ten robi wrażenie obrazu choroby schizofrenijnej. P. Piotrowski w analizie psychopatologicznej wskazuje na to, że w przypadku demonstrowanym brak przedewszystkiem podstawowych objawów schizofrenijnych, jak rozstrzelenie myślowe, rozszczepienie osobowości, autyzm; objawy chorobowe pacjentki mają charakter wtórny; zachodzą one w schizofrenji i w innych psychozach. U pacjentki O. jednak objawy chorobowe nie mają nawet zabarwienia schizofrenijnego. Żywa gra mięśni twarzowych, zmieniająca się co chwilę mimika, nie przedstawiają grymasowania schizofrenijnego, lecz są one odbiciem żywego temperamentu osoby z pobudzoną wzruszeniowością. Pacjentka w podnieceniu swojem jest gadatliwa, opowiada dużo o sobie i o swoim stosunku do otoczenia; w mowie jej rozpoznaje się dowąn celowość i urojenie wywyższenia. Z powodu gonitwy myśli mowa chorej nie jest uporządkowana; to nie oznacza jednak rozstrzelenia myślowego. Wskutek zbyt silnego pobudzenia wzruszeniowości, pacjentka nie zważa dokładnie na szczegóły w otoczeniu, jest z tego powodu nieco zdezorjentowana i pokazuje stan pomieszania, jaki często znajdujemy w okresach silnego manjakalnego podniecenia w psychozach manjakalno-depresyjnych. Wszystkie to cechy razem tworzą zespół czysto manjakalny a nie schizofrenijny. Chora cierpi na psychozę manjakalno-depresyjną.

P. Siemionkin przedstawia pacjentkę D.; w zakładzie dwa miesiące, przybyła z więzienia w stanie mutyzmu. Po trzytygodniowym pobycie pacjentka zaczęła mówić, była świadoma, zorjentowana, przygnębiona. Chora przy badaniu najprzód wzbraniała się, płakała i nie chciała odpowiadać, następnie podała, że milczała, bo się przekonała, iż mówieniem sobie szkodzi, była nawet karaną za krzywoprzysięstwo zamiast osoby, która popełniła krzywoprzysięstwo, zeznając fałszywie na jej niekorzyść. P. Piotrowski wskazuje na argumentację głupkowatą pacjentki, na jej nierówne

i na światło nie oddziałujące źrenice i rozpoznaje psychozę organiczną na podstawie kiły.

Następnie p. Siemionkin przedstawia pacjentkę P., która od roku objawiała zaburzenia mowy podobne do rozstrzelania myślowego. P. Siemionkinharakteryzuje pacjentkę jako przypadek schizofrenijny P. Piotrowski wykazuje, że w przypadku demonstrowanym niema żadnych objawów schizofrenijnych, ani podstawowych ani wtórnych, że zaburzenia mowy nie mają charakteru rozstrzelania myślowego schizofrenijnego, lesz mają raczej cechę inkoherencji, jaką znajdujemy nietylko w schizofrenji ale także w manji w amencji, w arterjosklerozie mózgu, w porażeniu postępującem, w epilepsji. Pacjentka ma urojenia „wielkości, niewyraźną, zamazaną mowę, drżenie ust przy mówieniu, asymetryczną inerwację twarzy, zaznaczone potykanie na zgłoskach i zwrotną nieruchomość źrenic P. Piotrowski kwalifikuje przypadek ten jako porażenie postępujące.

Piotrowski — PRZYCZYNEK DO LECZNICTWA PSYCHJATRYCZNEGO.

(wyjdzie drukiem w „Nowinach psychjatrycznych"). Referent poddał ujemnej krytyce sposoby lecznictwa psychjatrycznego ustalonego w ubiegłych 30 latach, stosowanego dziś jeszcze i polegającego na tem, że chorych trzyma się za kratami i murami, niespokojnych i niebezpiecznych izoluje się, pacjentów zaczepnych, skłonnych do wyładowań gwałtownych ubiera się w kaftany, maski, rękawice skórzane, przywiązuje się do łóżka osiatkowanego. Z łagodniejszych metod postępowania autor wymienił następujące: przetrzymywanie chorych przez dłuższy okres czasu w łóżkach, stosowanie kąpieli prolongowanych, zawijania, zastrzykiwania skopolominy, morfiny i t. p., masowe rozdawanie środków chemicznych na uspokojenie i na sen. Mówca określił kraty, mury, izolatki jako cechy więzienia, nazwał zawijanie albo zastrzykiwanie stosowaniem kaftana gorszego gatunku, przetrzymywanie pacjentów dłuższy czas w łóżku łagodniejszym sposobem izolowania i odrzucił te rzeczy, jako szkodliwe i niepotrzebne.

W Dziekance krat i izolatek, kaftanów, łóżek osiatkowanych i t. p., niema, mury znikają powoli ale konsekwentnie bez uszczerbku dla porządku w Zakładzie. Kąpieli prolongowanych i terapji chemicznej z dawniejszych wskazań psychjatrycznych prawie nie używa się.

Główne filary lecznictwa stanowią 1) treściwe obfite odżywianie (3000—5000 kalorji) 2) systematyczne wychowanie do pracy (95% pacjentów zatrudnionych) w trzech rodzajach zajęcia: a) praca pożyteczna, b) zajęcie luksusowe, c) zatrudnienie nieproduktywne i 3) psychoterapja.

Doświadczenie zebrane w praktyce szpitalnej ostatnich lat w Dziekance pokazało, że lecznictwo psychjatryczne może się obyć bez całego szeregu tradycyjnych form postępowania, które przy głębszem rozpatrzeniu okazały się jako mniej wartościowe i zbyteczne. Odnośne formy leczenia zostały częściowo porzucone, częściowo zmodyfikowane.

Mimo tych zmian w lecznictwie psychjatrycznem zakładu Dziekanka:

1) niepokój na oddziałach dla chorych niespokojnych nie jest większy niż dawniej; przeciwnie, chorzy zachowują się na ogół spokojniej niż w okresie panowania izolatek, kaftanów i terapji chemicznej;

2) bezsenność nie pojawia się częściej i nie jest więcej uporczywa i rozpowszechniona niż była przed 4 laty, kiedy prawie każdy pacjent na oddziale dla niespokojnych co wieczór dostawał obowiązkową dawkę na sen;

3) niema artefaktów, niema zanieczyszczeń i odleżyn;

4) niema samobójstw;

5) niema przypadków śmierci gwałtownej wskutek nieszczęśliwych wypadków.

Wobec tego wolno wnioskować, że system leczniczy, stosowany od 4 lat w Dziekance, nie pogorszył ogólnego stanu pacjentów, że stosunki wewnętrzne zakładu poprawiły się.

DYSKUSJA.

P. Siemionkin przypomina przypadek, gdzie pacjentka wskutek omamów słuchowych miała urojenia, że osoby wysoko postawione na nią czekają. Chora z tego powodu była bardzo niespokojna, lamentowała i domagała się głośno i natarczywie, ażeby ją do tych osób dopuszczono P. Siemionkinowi udało się uspokoić pacjentkę w dość krótkiem czasie w ten prosty sposób że jej wydał klucze i zlecił szukać domniemane osoby, które ją rzekomo wołają. Gdy się chora przekonała o bezskuteczności swoich dochodzeń, uspokoiła się i przestała lamentować.

P. Bielawski podnosi wartość metody zatrudnienia, zwłaszcza w schizofrenji. B. miał sposobność stwierdzić nader korzystne wyniki terapji roboczej. Z dzikich, agresywnych, nietowarzyskich chorzy stali się socjalnymi i użytecznymi pracownikami. Rzeczą zrozumiałą jest, że metoda ta wymaga inteligentnego. i indywidualnego traktowania chorych przez personał pielęgniarski. B. jest zdania, że sposobem tem nie tylko osiąga się uspokojenie chorego, lecz drogą stałego tresowania mózgu, zdąża się do nawiązania i wzmocnienia rozluźniowych i pogubionych połączeń kojarzeniowych pacjenta. Dotyczy to zwłaszcza stanów późniejszych schizofrenji, gdy ostry okres choroby już

minął; spowodowaną przezeń destrukcję władz psychicznych należy leczyć drogą ćwiczenia.

P. Świetłow zaznaczył, że referent pominął nowsze usiłowania terapeutyczne jak stosowanie metody Jauregg v. Wagnera, szczepienie malarji, zastrzykiwanie natr. nuclein; zresztą p. Świetłow przyznał wywodom referenta zupełną słuszność. W odpowiedzi interpelantom p. Piotrowski zaakcentował, iż nie omawiał nowoczesnych prób terapeutycznych o typie wymienionym przez p. Świątłowa z tego powodu, że nie stanowiły one przedmiotu referatu. Zamiarem prelegenta było, przedstawić sposób lecznictwa stosowany w Dziekance, uzasadnić słuszność jego wyciągnąć stosowne wnioski.

O. Bielawski — PARKINSONIZM NIEROZWINIĘTY CZY KATATONJA?

Referent przedstawił posługującego K. lat 19, bez obarczenia dziedzicznego, który uczył się dobrze, nie chorował. Parę miesięcy temu gorączkował przez kilka dni. Miewa okresami bóle głowy, trwające przez kilka godzin. Głowa staje się wówczas gorąca, czerwienieje.

Fizycznie: Sinica konczyń, pocenie nóg, postać nieco sztywna i pochylona ku przodowi, twarz mało ruchliwa, bruzdy wygładzone, rzadkie pojedyncze prawostronne skórcze. m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego, niekiedy innych mięśni, zgięcie palców ręki przy elektryzacji faradycznej w okolicy miejsca przyczepu ścięgna m.trójgłowego do wyrostka łokciowego. Polyurja.

Psychicznie: Powolność w ruchach i w myślach; badany stoi dłuższą chwilę nieruchomy, i jak gdyby zamyślony. Pracuje mechanicznie, bez własnej inicjatywy. Zaniedbuje się w garderobie i toalecie. Nie zdradza potrzeb duchowych. Przy pracy umysłowej jest roztargniony, ma trudności w robieniu syntezy; przy reprodukowaniu pojawiają się konfabulacje. Sen i apetyt dobry.

Referent zwraca uwagę na to, że chorobowe objawy psychiczne u badanego są tylko słabo nacechowane, dla tego nie przeszkadzają pacjent. pracować w swoim zaw. (pielęgniarz). Przebieg choroby jest utajony i cichy. Ref. porusza trudności rozpoznania różniczkowego pomiędzy parkinsonizmem a katatonją w wypadkach jak przytoczony, gdzie wszystkie objawy somatyczne i psychiczne wspólne są obu chorobom, a wywiad nie daje dokładniejszych szczegółów o przebytem nagminnem zapaleniu mózgu. U posługującego K. stwierdzono objawy chorobowe tylko przypadkowo przy sposobności eksperymentów elektrodjagnostycznych, gdy w celach porównawczych badano osoby zdrowe i chore. K. przed badaniem uchodził za zdrowego.

Salkowski.

Prace oryginalne z dziedziny psychjatrji i neurologji zawarte w pismach lekarskich polskich z r. 1924

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE.

Nr. 1. **W. Sterling** — Patologja układu wegetacyjnego I.
Nr. 2. **W. Sterling** „ „ „ II.
N. Silberlast - Zandowa — Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych u osobników gruźliczych
Nr. 3. **G. Aleksander** — O zawrocie głowy pochodzenia błędnikowego.
A. Wizel i **Z. Prusak** — O leczeniu bezwładu postępującego szczepieniem zimnicy na mocy własnych doświadczeń.
A. Wirszubski — Znaczenie rozpoznawcze bólów z letargicznem zapaleniu mózgu.
Nr. 4. **T. Simchowicz** — O posocznicy meningokokowej.
Nr. 5. **R. Radziwiłłowicz** — Najpilniejsze nasze postulaty psychjatryczne.
H. Higier — Opieka społeczna w stosunku do dzieci psychopatycznych, umysłowo niedorozwiniętych i moralnie zaniedbanych.
Nr. 6. **Ch. Achard** — Ostre zapalenie opon o zakażeniu mieszanem gruźliczo-meningokokowem.

NOWINY LEKARSKIE.

Nr. 2. **Chełmoński** — Dodatni wpływ zakażenia przymiotowego na zdolności umysłowe.
A. Wirszubski — Przyczynek do psychopatologji żydów.
Nr. 5. **H. Jarosz** — Odczyn lędzwiowy w płynie mózgowo-rdzeniowym.
Nr. 6. **Siwiński** — Przyczynek do leczenia porażenia postępującego za pomocą flogetanu.
N. 7. **K. Orzechowski** - Przypadek przewlekłego nagminnego zapalenia opon leczony odmą.

MEDYCYNA DOŚWIADCZALNA I SPOŁECZNA

Nr. 1—2. **A. Siedlecka** — Kilka uwag o histopatologji nagminnego zapalenia mózgu na podstawie spostrzeżonych przypadków.
F. Goebel — Badania nad zachowaniem się cholesteryny w płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi w chorobach umysłowych.

Czcionkami Drukarni „Lech“ T. A. w Gnieźnie.